

LONG TERM CARE STRATEGY

RESIDENTIAL CARE ALTERNATIVES

FINAL REPORT

October 1994

RESIDENTIAL CARE ALTERNATIVES

COMPOSITION OF THE SUB-COMMITTEE

The sub-committee on residential care alternatives was composed of representatives from the three partner organizations. Besides the members, other individuals were instrumental in the completion of the report either by providing necessary background information or by acting as liaison with other groups working on related issues in the design phase of the Long Term Care Strategy.

Membership:

<i>Ginette Beaulieu</i>	<i>Nursing Home Services</i>
<i>Donald Buck</i>	<i>Mental Health Commission</i>
<i>Joan Fenety</i>	<i>Family and Community Social Services</i>
<i>Adélaïde Laplante</i>	<i>Hospital Services</i>
<i>Sandra Tingley</i>	<i>Extra-Mural Hospital</i>
<i>Lise Daigle</i>	<i>Family and Community Social Services, Chair</i>

Contribution:

<i>Bryan Doyle</i>	<i>Financial Services</i>
<i>Christopher Robinson</i>	<i>Planning and Evaluation Division</i>
<i>Aline Saintonge</i>	<i>Planning and Evaluation Division, Chair</i> <i>Sub-committee on the Development of Relational Cost</i> <i>Ceilings</i>

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
CHAPTER 1 - THE MODEL	2
1.0 Purpose	2
1.1 Description	2
1.2 Definition of key concepts	3
1.2.1 Supervision	3
1.2.2 Care	3
1.2.3 Complexity	3
1.2.4 Frequency	3
1.2.5 Activities of daily living	4
1.2.6 Instrumental activities of daily living	4
1.2.7 Support services	4
1.3 Examples	4
1.4 Use and limitations of the model	4
1.5 Feedback	5
CHAPTER 2 - CURRENT SITUATION	6
2.0 Overview	6
2.1 Facilities, Clients and Services	7
2.1.1 Special Care Homes	7
2.1.2 Nursing Homes	7
2.1.3 Nursing Homes under 30 beds (Small Nursing Homes)	8
2.1.4 Community Residences	9
2.1.5 Supervised Apartments	9
2.1.6 Alternate Family Settings	11
2.2 Conclusions	12

CHAPTER 3 - CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS 13

3.0 Introduction 13

3.1 Recommendation # 1 13

3.2 Recommendation # 2 and # 3 14

3.3 Recommendation # 4 17

3.4 Recommendation # 5, # 6 and # 7 17

3.5 Recommendation # 8 18

3.6 Recommendation # 9 19

3.7 Recommendation # 10 20

3.8 Recommendations #11 and #12 20

APPENDIX A

APPENDIX B

RESIDENTIAL CARE ALTERNATIVES

INTRODUCTION

One of the deliverables of the Long Term Care Strategy was the development of residential care alternatives. This task was assigned to a group, consisting of representatives from the three partner organizations in Long Term Care: the Department of Health and Community Services, the Extra-Mural Hospital and the Mental Health Commission. The mandate was to rationalize existing residential care facilities to assure the availability of the required range of residential care alternatives. This included the following:

- identify where changes are necessary to the current role/responsibilities of residential care facilities in order to support the service delivery model
- develop a functional description for each type of facility in the proposed care chain, indicating where linkages are appropriate between facilities
- facilitate the establishment of relational cost-ceilings for residential care which is based on the facility best suited to meet predicted care/service requirements
- develop requirements for admission to/discharge from residential care facilities which are proactive rather than reactive
- make recommendations on opportunities for creating new community-based living alternatives and more cost-efficient living arrangements for residential facilities
- identify necessary regulatory/legislative amendments.

To fulfil the mandate, a number of activities were required. First, the group found necessary to use an approach that would be consistent both in the analysis of the current situation and in making recommendations for the future. Some classification systems used in other Canadian provinces were explored but they are mostly workload measurement systems for clients already living in residential facilities. Therefore, a model was devised to categorize client profiles according to functionality, pair those categories with types of facilities and allow comparisons between types of facilities. The model also served as a basis for defining and describing the types of facilities required to meet the needs of the Long Term Care clientele and suggest which type of facility is most likely to meet the needs of a client in a given category. An explanation of the model as well as its applications and limitations are discussed in Chapter 1. The tools related to the use of the model appear in Appendix A.

A survey of the existing situation was conducted in regard to types of facilities, licensing, standards, admission and discharge criteria, services provided, number and profiles of clienteles served. The exercise proved valuable in identifying services already in place, duplications, gaps and problematic issues. Those findings are presented in Chapter 2.

The recommendations for future development are contained in Chapter 3. A preamble outlines the findings that led to each recommendation and, when indicated, the reasons why other options were discarded. The major impacts of implementing the recommendations are also discussed in that chapter.

CHAPTER 1 - THE MODEL

1.0 Purpose

The purpose of the model is to provide a set of indicators to describe the needs requirement of the different clienteles in terms of functionality rather than debilitating condition. It also provides a description of the services required to meet the needs.

The use of a consistent approach to analyze the current situation and recommend future directions was indicated in order to ensure that:

- the various profiles of clients were captured,
- the full range of residential care facilities required would be easily identified,
- the functional description of each type of facility would be based on the same indicators,
- duplication and gaps would be prevented,
- comparisons between types of facilities would be valid,
- admission and discharge criteria could be readily identified, and
- relational cost ceilings could be established.

1.1 Description

The model is based on the levels of supervision and care that an individual has been assessed as needing. Two indicators, complexity and frequency, further define the basic concepts and allows for the description of the various clienteles from those who have the lowest to those who have the highest level of need. Transferring the needs identified in terms of services required allows description of different types of residential facilities based on levels of services provided. To facilitate the application of the model, a Care Requirement Grid and a Guide for matching care requirements with appropriate residential/institutional options were devised. There are found in appendix A.

The Grid presents four levels of supervision on the vertical axis and four levels of care on the horizontal axis which graphically illustrate 16 categories of care requirements, ranging from no need at all to high need on both axis.

The Guide presents five columns that identify the category of care requirement, describes the needs in terms of complexity and frequency, indicate current location of clients in the category and identify the options that would be most likely to meet the needs.

1.2 Definition of key concepts

1.2.1 Supervision

- the overseeing of an individual's safety or well being by the presence or availability of a person or equipment.
- refers to activities such as monitoring, teaching, counselling, guiding. Also refers to the use of equipment such as a medical alert device, cardiac monitor etc.

1.2.2 Care

- the provision of assistance with activities of daily living, instrumental activities of daily living and/or health related activities.
- refers to activities where hands-on help is provided to assist the client with a task or perform the task for the client

1.2.3 Complexity

- The degree and type of skill, knowledge, human resources and equipment required to provide the service needed.
- Implies that the need for intervention by a professional, high technology equipment or the involvement of more than one person **is more complex** than the need for intervention by an employee with minimal training, equipment commonly used in home settings or the involvement of only one person.

1.2.4 Frequency

- The number of times per day or week that interventions are required to meet the needs.
- Implies a number that represents the sum of all interventions needed regardless of who performs them.
- On the supervision axis, the four possibilities are;
none - 0,
low - some tasks on a weekly basis
medium - some tasks on a daily basis
high - constant
- On the care axis, the possibilities are:
none - 0
low - three or less times every day
medium - 4 to 10 times every day
high - 11 or more times every day

1.2.5 Activities of daily living

Refers to tasks related to personal care such as bathing, grooming, eating, toileting, etc.

1.2.6 Instrumental activities of daily living

Refers to tasks that are complementary to well being such as meal preparation, housework, banking, shopping, etc.

1.2.7 Support services

Support services are defined differently by Family and Community Social Services and the Extra-Mural Hospital than they are by the Mental Health Commission. For the former they refer to assistance with personal care, meal preparation, etc. For the Commission, this refers to the provision of emotional support to the client or the family under the direction of a professional from the mental health system.

1.3 Examples

A client needs supervision on a daily basis which can be provided without equipment by a person with minimal specific skill or knowledge. This client has a low need for supervision.

A client needs supervision on a weekly basis but specialized skills or knowledge is required to provide the service. This client has a medium need for supervision.

A client needs care 4 to 10 times a day but no specialized skill or knowledge is required to provide the service. This client has a medium need for care.

A client needs care 3 times a day but sophisticated skills are required. This client has a high need for care.

1.4 Use and limitations of the model

The assessed needs of a client can readily be described in terms of need for supervision and need for care; consequently the client will fall in one of the 16 categories provided in the Grid. This enables one to immediately recognize whether the client has low, medium or high needs requirement. The Guide will allow verification of the general profile of the client with the description provided for the chosen category and offer a select number of residential/institutional options suited for the category. The model can therefore assist assessors/ case managers in identifying the preferred option for a given client.

Clients in the same category have similar but very seldom identical needs. For example, a client may have a low need for care and a high need for supervision (category 3.1) because it is necessary to guide, remind, direct almost all activities although the client has no physical limitation **OR** because there is an uncontrollable behaviour that is constantly a threat to the client's own safety or that of others. In the first case a nursing home would be indicated whereas in the second case extended care in a psychiatric institution may be the placement of choice.

Although the model can assist in identifying the possible options for any given category, individuals have different combinations of needs and consequently, services need to be tailored to those needs. **Therefore, the model cannot replace professional judgment in choosing which of the likely possibilities is best suited to meet the needs of a specific client.**

1.5 Feedback

Feedback on the model was sought from a number of professionals at different levels in the three partner organizations. The use of the key concepts of supervision and care met with general approval and the tools were recognized as helpful in selecting appropriate placement. There remains a need to test the tool on a wider basis to verify its reliability over time.

CHAPTER 2 - CURRENT SITUATION

2.0 Overview

There are upwards of 8,000 adults over the age of 19 living in approximately 900 residential facilities across the province. An estimated 65% of these residents are seniors, i.e. over the age of 65.

The number of admissions per year to residential facilities is in the vicinity of 1200. However, about 150 clients have been targeted for discharge from the two psychiatric hospitals in the next year and they may very well require placement in residential facilities.

More than 90% of all residents are found in one of two major types of facilities: Special Care Homes and Nursing Homes. The remainder reside in no less than four sub-types of facilities: Community Residences, Nursing Homes with less than 30 beds (Small Nursing Homes), Supervised Apartments and Alternate Family Settings. Special Care Homes and Nursing Homes below 30 beds are operated by the private sector; generally, Nursing Homes and the other sub-types are run by non-profit boards.

For the most part, the existing types of facilities were established to accommodate specific age groups. Nursing Homes tend to be associated with the seniors group while Community Residences accommodate clients between the ages of 19 and 64.

In a number of instances, admission and exit criteria are non existing or vague. This lack of clarity allows for the choice of a type of facility to be determined by a number of factors rather than the level of care/supervision required to meet the needs.

Cost ceilings are not currently used. However, in some types of facilities, a per diem cost has been set.

The responsibility for licensing, inspection and setting standards lies within two different divisions of the Department. The authority comes from two separate legislations, the Nursing Home Act and the Family Services Act. Nursing Homes and Nursing Homes below thirty beds are licensed through the Nursing Home Services branch of the Institutional Services Division while the remainder fall under the Family and Community Social Services Division.

Besides the care/supervision provided by residential facilities, some clients require continuing items of special needs such as transportation or incontinence supplies. Human Resources and Development Department covers the cost of some of those items in some instances.

2.1 Facilities, Clients and Services

2.1.1 Special Care Homes

There are approximately 680 of those privately operated facilities which vary in size from 1 to 50 beds. The total number of beds is in the vicinity of 3,700. Half the residents are between the age of 19 and 64, the other half are seniors.

Annual licensing is the responsibility of the FCSS division and is conditional upon compliance with established standards. Generally, one staff per region is assigned to the licensing and monitoring of those facilities.

The standards define both the physical layout of the facility and the staffing requirements but do not address the profile of needs of the clients to be served. Although the clientele is generally recognized as being in need of 24 hour supervision and help with personal care, no definite criteria exist for admission or discharge. Prior to admission, an application form and a medical evaluation is required. Based on this information, an assessment by a social worker may be done. The level of care/service provided varies from minimal to high.

The staff can be the operator alone or employees, all of whom must have at minimum a first aid course.

The rate is set by the operator but the Department recognizes a rate of \$25.00 per day. Seniors over the age of 65 pay privately and some facilities charge them in excess of the \$25.00 a day rate. The vast majority of adults, 19 to 64, residing in those facilities receive subsidies from government and cannot access facilities that charge in excess of the rate recognized by the Department.

2.1.2 Nursing Homes

There are 60 of those facilities ranging in size from 30 to 200 beds. The total number of beds is in the vicinity of 4150. Except for approximately 330 adults, all the residents are seniors.

Licensing is the responsibility of Nursing Home Services and annual on-site inspection is conducted by Nursing Home Services staff according to established protocol. Eighty percent of the facilities are accredited by the Canadian Council on Health Care Facilities Accreditation.

The standards are explicit concerning physical layout of the facility, staffing complement and profiles of clients to be served and services to be provided.

Prior to admission, a comprehensive multidisciplinary assessment and a medical evaluation are required as well as approval by a multidisciplinary Panel. The profile of the clientele reflects a medically stable physical or mental illness or a functional limitation where there is a need for professional care/supervision on a 24 hour basis. The average number of hours of nursing care/supervision per 24 hour period is 2,25.

The staffing complement is a mix of nurses, nursing assistants and nurses or geriatric aids. This is complemented by full time or part time services of other professionals in the fields of physiotherapy, occupational therapist, recreation therapy and clinical nutrition

The average rate is approximately 90.00\$ per day. Some seniors are private pay but in most cases, payment is subsidized by Nursing Home Services upon completion of a financial assessment conducted by the Department of Human Resources and Development.

2.1.3 Nursing Homes under 30 beds (Small Nursing Homes)

There are 5 facilities in that category for a total of 124 beds. Three facilities serve mostly seniors while the two others have mostly adults with a mental illness or handicap.

Licensing is the responsibility of Nursing Home Services and annual on-site inspection is conducted by Nursing Home Services staff according to established protocol.

Standards are explicit concerning process, service and care outcomes but do not address the physical layout of the facility, the staffing requirement or the profile of needs of the clients to be served. The clientele is generally recognized as requiring 24-hour supervision and help with personal care but no definite criteria exist for admission or discharge. Prior to admission, an application form and a medical evaluation is required. All admissions must be reported to Nursing Home Services. The level of care/service varies from light to high.

Staff may include the operator and/or employees; no specific training is required for staff.

Three different rates are recognized by the Department: 28.10\$, 31.96\$ and 51.23\$ per day. Some clients are private pay but most are subsidized by Nursing Home Services.

2.1.4 Community Residences

There are 81 facilities ranging in size from 1 to 8 residents for a total of 305 beds. The smaller residences (1 to 3 beds) are currently being phased out. The residents are young and middle aged adults; the mean age is 37.

Community residences were designed for short term (2 to 3 years) placement as part of a deinstitutionalization phase at Centracare and Restigouche Psychiatric Hospitals. Most admissions occurred before 1988.

Annual licensing is the responsibility of the FCSS Division and conditional upon compliance with established standards. The procedure is similar to the one used with Special Care Homes.

The standards are explicit concerning the physical layout of the facility and the staffing requirements but less so concerning the profile of the clients to be served. The clients generally have a mental illness, or an intellectual or physical handicap requiring high level of supervision or behaviour problems or low level of skills. No definite criteria exists for admission or discharge. Prior to admission an application form and a medical evaluation is required. An assessment by a social worker may be done. The level of care/service provided generally varies from medium to high but there are a few instances where it is low.

The standards do not require formal training besides first aid however, a large proportion of employees are Human Services Counsellors.

The rate varies from 40\$ to 310\$ per day with an average rate of 150\$; no maximum rate is set. Payment occurs through subsidies from Family and Community Social Services. Community Residences receive an annual budget to operate a residence rather than a monthly rate per client.

2.1.5 Supervised Apartments

There are two different applications of this concept; one for FCSS, the other for Mental Health.

FCSS

There are about 10 such facilities and an approximate total of 20 clients all of whom are young or middle aged adults. Most clients have a mental handicap.

In this concept, a person from the community is recruited to live with one or two clients and provides a peer or parent figure. The supervised apartments are most often run by a board operating a Community Residence.

The licensing process is the same as the one used for Special Care Homes.

Most clients are former residents of Community Residences who have demonstrated the ability to live without constant professional supervision. No definite admission or discharge criteria exists; eligibility is determined by the board. Levels of services provided varies from minimal to moderate.

The rates vary and no maximum rate is set. Payment is generally assumed by Family and Community Social Services.

Mental Health

Also referred to as apartments with support. There are approximately 80 clients in such facilities. With this concept, 1 to 4 clients share an apartment as their permanent home where supervision and support are provided as necessary.

This concept separates housing needs and support. The key issue regarding housing is to access affordable housing. This is done through access to the rent supplement program of Municipalities Culture and Housing. However, the need for affordable housing far exceeds the availability of such programs. The commission has contributed a rent supplement allowance to a limited number of individuals through its Long Term Care Project started in 1992.

The trend is to move away from the concept of support attached to a facility and the notion that a person can be given help through a series of time limited stays in specialized residential settings which he/she will have to leave depending on the acquisition or loss of some skills. This is to be replaced with an attempt to provide as many individuals as possible with permanent housing, a place they can call "home" from which they cannot be discharged.

The residents are generally adults between the ages of 19 and 64 who are clients of the Mental Health Commission with a mental illness and require varying levels of supervision and support to be able to function in the community. Some of the supervised apartments function similar to transitional residences. Mental Health Centres assess the clients, decide on their eligibility for services in those facilities and on the discharge when appropriate. The discharge criteria is either the capacity to function independently without supervision and support on site or need for more supervision and support that can be provided in those settings.

Levels of services vary from minimal to moderate.

Rates vary but no maximum rate is set. Payment is through one or a combination of subsidies from various government sources with a few residents paying privately.

2.1.6 Alternate Family Settings

These are also referred to as Family Structured Homes, Associate Families, Alternate Family Living and Foster Homes for adults. One or two clients live with a family or individuals who are not part of their own family. There are approximately 50 clients between the age of 19 to 64, in these types of facilities. Some variations occur depending whether the facility is under Mental Health or FCSS.

FCSS

The board of a Community Residence recruits families or individuals, decides which clients of the Community Residence would be appropriate for such a placement and determines the rate that will be paid for the resident. The licensing process is the same as the one used for Special Care Homes. No maximum rates are set. Levels of services vary from minimal to moderate. Payment is generally by the board through the budget received from FCSS.

Mental Health

Mental Health Clinics recruit families for mentally ill clients who require a moderate level of supervision and support in a family setting. The discharge criteria is either that the client has the capacity to live more independently with less supervision and support or that more supervision and support than can be provided in a family setting is necessary. There is no formal licensing process.

Levels of services provide vary from minimal to moderate.

The rates are set by Mental Health and vary with different clients; no maximum rate exists. Payment is through one or a combination of subsidies.

2.2 Conclusions

The profiles of the clientele were determined using 16 categories of care. It can be expected that the profile of future clients would be similar to that of existing clients and therefore could be identified in one of those categories.

The three lowest categories indicate a need for housing rather than a need for residential care. However about 500 clients presenting such profiles are currently living in residential facilities. The most frequent reasons for their living in residential facilities is lack of affordable housing, loneliness, and fear of living alone. In the future, The eligibility criteria that is part of Long Term Care would exclude these clients from the residential sector.

Although extended care in hospitals is not considered part of the residential sector, it is part of the continuum of placement options in the Long Term Care Strategy. Clients in the highest categories were found in those settings. It can be expected that a portion of the future clientele will present needs that can only be met in those facilities. Therefore, extended care in institutions has been included in the residential/institutional placement options for the future.

The pairing of categories of needs with types of facilities demonstrated that some facilities targeted fairly defined profiles of clientele while others served clients whose needs varied from low to high. Therefore, a number of clients are not currently in the residential option best suited to meet their needs.

Of the existing residential options, some have a clearer mandate and/or target clientele than others. There are duplication and gaps in services; a continuum does not currently exist. Nomenclature remains more a reflection of the age group served than of the actual services provided. Variations in rates and cost ceilings do not necessarily indicate a difference in levels of services provided.

Payment comes from different sources. Since virtually all seniors have revenues which are at least equivalent to the level of OAS/GIS, they are required to pay all or part of the cost. Payment for the 19 to 64 age group is usually one or a combination of subsidies from Family and Community Social Services, Nursing Home Services, the Mental Health Commission and/or Municipalities, Culture and Housing.

Licensing of residential facilities by two different divisions does not promote consistency, development of expertise in that field, efficiency or cost effectiveness.

The residential sector has very limited capacity for transitional and crisis placements.

CHAPTER 3 - CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

3.0 Introduction

When considering the proposed model there may be a tendency to think that a number of clients described in the care requirement categories could be cared for at home. There may also be a tendency to assume that the model implies a choice for the client or the assessor to decide whether the services will be provided at home or in a residential/ institutional setting. However, this is not the case since two pertinent characteristics of the Long Term Care Strategy specify that:

- Service provision is based upon the assessed need for intervention.
- A "continuum of care" where out-of-home placement is considered **only** if provision of in-home services is not viable.

Nonetheless, situations where the in-home option is non viable do not necessarily imply that the level of care required is high. Some clients have no home and/or no informal caregivers; there is a need for a continuum of services in the out-of-home placement as much as in the in-home options.

3.1 Recommendation # 1

The study has demonstrated that the existing clientele in the residential sector has a range of needs varying from a low to a high level and that it is anticipated that the future clientele will present a similar range of needs. It has also shown that there are duplications and gaps in the residential services currently being offered.

This phase of the Long Term Care Strategy is a comprehensive approach to providing services to clients 19 and over who experience long term functional needs regardless of whether their problems are physical or psychiatric in nature. In the Strategy, all clients will be assessed with the same basic assessment tools. The assessment and service provision process and the cost ceilings are identical whether the client is 20 or 80. The eligibility criteria is based on functional capacity rather than age, diagnosis or debilitating condition. The Strategy calls for a continuum of both in-home and residential services.

In order to meet the requirements of the Strategy and offer appropriate, equitable and cost effective services to eligible clients while remaining within the existing budget, it is necessary to realign the residential sector.

Recommendation # 1 ... cont'd...

That four types of residential facilities complemented at the lower end by subsidized housing and at the upper end by extended care in general and psychiatric hospitals be adopted.

3.2 Recommendations # 2 and # 3

The study has shown that the existing types of facilities were developed in a piecemeal fashion. As trends or needs of a particular age or diagnostic group emerged, an option was created to respond to a select clientele. For example, Nursing Homes are still perceived as facilities for the aged while Community Residences are associated with young adults. Because of that perception, advocacy groups acting on behalf of adults fear their admission to Nursing Homes. Furthermore, every association, professional, board and operator have their own understanding of the appropriate clients for a given type of facility, of the services that it should offer and of the rate that is appropriate. Under these circumstances, a realignment can be at best difficult. Experience has shown that a change in nomenclature can facilitate change.

Furthermore, the existing types of facilities do not reflect the type of clientele that is targeted or the range of services that is offered. For example a portion of the clientele in Nursing Homes has very similar functional needs as some of the clients in Community Residences and require similar levels of services; yet the assessment process, the eligibility criteria and the rates can be significantly different. Numerous other examples illustrate the fact that the current types of facilities do not promote an appropriate, consistent, equitable and cost effective approach to residential services.

Recommendation # 2

That the four types of facilities be known as Adult Residence 1, Adult Residence 2, Adult Residence 3 and Adult Residence 4 based on the range of services provided.

Recommendation # 3

That the clientele, level and range of services offered by each type of facility be defined according to the following parameters:

Adult Residence 1

Clientele:

Clients who are generally mobile but require the availability of supervision/assistance on a 24 hour basis. They need assistance and/or supervision to set up or complete their personal care and instrumental activities of daily living. Clients may require some professional care/supervision but it can be provided through office visits, clinics or home visits.

Services:

Presence or readily available care/service provider on a 24 hour basis. Supervision of and assistance with personal care and instrumental activities of daily living. Provision of/access to age related activities. Interventions do not require complex skills or equipment.

Adult Residence 2

Clientele:

Clients who may require some assistance or supervision with mobility. They require more individualized assistance/supervision with personal care and activities of daily living. Clients participate but require prompting, guidance and/or assistance throughout the activity. They may require professional care but it can be provided through office visits, clinics or home visits.

Services:

Presence of a care/service provider on a 24 hour basis. Supervision, assistance and performance of personal care and activities of daily living. Provision of/access to age and skill related activities. Interventions require some complexity in skills and knowledge concerning personal care, behaviour modification, appropriate responses in various situations, recognition of deterioration in health (physical/mental) status.

Adult Residence 3

Clientele:

Clients who have a medically stable physical or mental health condition or functional limitation and require professional supervision/care on a 24 hour basis. The client may participate in personal care or activities of daily living but requires prompting, guidance, assistance throughout the activity or someone else to perform the activity. Supplementary professional care/supervision may be required at times and be provided on-site or at a hospital.

Services:

Presence of a professional care/service provider on a 24 hour basis. Supervision, assistance and performance of performance of personal care, activities of daily living and health related activities. Professional care/supervision related to physical/mental health condition. Provision of/access to activities appropriate for age and skill level. Interventions require specialized knowledge and skills; the use of some somewhat specialized equipment may be necessary.

Adult Residence 4

Clientele:

Clients who have a medically stable physical or mental health condition but where difficulties with cognition and/or behaviour require professional supervision/care on a 24 hour basis, more specialized knowledge in the field of advanced dementias, mental illness or behaviour problems as well as a physical environment that will ensure the clients' safety.

Services:

Presence of a professional care/service provider on a 24 hour basis. Prompting, guidance, assistance and performance of personal care, activities of daily living and health related activities. Professional care/supervision related to physical or mental health condition. Provision of activities related to age and cognitive or behavioral skills. Interventions require specialized knowledge and skills; the use of somewhat specialized equipment may be necessary.

3.3 Recommendation # 4

Through the study, the findings have revealed that in many instances there is no mandatory staff training requirement. Yet in practice one realizes that a number of facilities have established some minimum standard for hiring. For example most Community Residences hire Human Services Counsellors and a number of Special Care Homes require training at the homemaker level. However since this is not mandatory, the skill with which services are provided varies from one facility to the next.

The Special Care Home Association has requested that minimum training standards be set as a way to improve the overall quality and consistency in the provision services. This association and others could be instrumental in developing training standards. Furthermore, developing such standards would merely be a more accurate reflection of a reality which, although haphazardly, has evolved nonetheless.

Recommendation # 4

That educational/training requirements be developed for operators/care /service providers of each type of facility based on the level and range of services to be provided.

3.4 Recommendations # 5, # 6 and # 7

By definition, long term care clients are not in the acute nor terminal phase of an illness. Nonetheless, they may experience temporary set-backs or relapses in their condition or even a crisis situation. At present, the residential sector is ill equipped to deal with non-medical crisis situation; very often such situations will result in hospitalization.

On the other hand, clients may experience a more permanent deterioration or improvement in their condition. The strongest supporters of the concept of aging-in-place would wish for a system where the client never changes location but the services that are required are added or deleted as necessary. The Strategy supports this concept, however when one attempts to apply it textually to the residential sector, difficulties emerge. Let us consider a facility with 10 clients where 3 clients require services at level 1, 3 at level 2, 3 at level 3 and 1 at level 4. Obviously 4 require 24 hour professional supervision; this implies that professionals have to be on-site 24 hours per day, seven days per week, yet 6 clients do not require that level of care. They would be over serviced. One client requires a highly safe physical environment; this would be difficult to provide in a facility where many are mobile and need to be able to come and go. This client would be underserved. Establishing a per diem for each client would be difficult as well unless each staff is assigned to provide services to certain clients only. The cost effectiveness of such an approach is certainly questionable and therefore not recommended.

Recommendation # 5

That whenever possible, temporary changes in a client's functional status be met with additional services.

Recommendation # 6

That more permanent significant changes in the client's functional status result in movement along the continuum of residential options.

Recommendation # 7

That an adequate number of crisis beds be developed in each region to accommodate clients living in the community and clients living in any of the four types of residential facilities who experience non-medical crisis.

3.5 Recommendation # 8

Currently the various rates applied in the residential facilities do not necessarily reflect the level of services provided. For example services offered by most Special Care Homes and by most Nursing Homes below 30 beds are of the same level yet, the small nursing homes have three different rates all higher than that of Special Care Homes. Different rates also apply to clients with the same level of needs depending if they are in a Nursing Home or a Community Residence, a Supervised Apartment or a Special Care Home, etc.

The concept of the same level of service does not imply that every facility within one type will provide the exact same service. However, the needs of the clients are assessed through a common approach and they all have to meet the same eligibility criteria based on functional capacity. Therefore even though the actual services required may differ, they are designed to meet one particular level of need.

The proposed model does not preclude individual facilities from specializing in one age, diagnostic or functional need group. However the principles of appropriateness of services, equity and cost effectiveness are underpinnings of the Long Term Care Strategy.

Recommendation # 8

That relational cost ceiling be established for each of the four types of facility based on the level and range of services provided.

3.6 Recommendation # 9

The proposed model does not imply that additional buildings or facilities are necessary; the focus is on having the appropriate level of service provision not on the physical location of a type of service. The model does not preclude a facility from providing more than one level of service provided that the number and mix of client and staff does not result in over or under servicing or in cost ineffectiveness. For example a Special care Home may decide to become an Adult Residence 1, another one, where numbers are sufficient may choose to operate part of the facility as a type 1 and part as a type 2. A Nursing Home could be a type 3 with a wing as a type 4 or one with a type 2.

The study has shown that where they exist, admission criteria vary significantly. The Strategy will bring more consistency in this matter through the use of common assessment tools, eligibility criteria, controls and checkpoints such as Panel to ensure that clients are provided appropriate, equitable and cost effective services chosen from a continuum of options.

Setting standards, licensing and inspection are methods currently used to ensure appropriateness and quality of service in the residential sector. However the authority comes basically from two different legislations and the responsibility falls on two divisions of the Department. If one is to consider a realignment of this sector along a continuum, admission and exit criteria that would prevent duplications and gaps and the possibility for facilities to offer more than one type of service, the current situation will pose a challenge. Furthermore, there is a need for expertise in the field of licensing, inspection and development of standards. Finally one has to consider possible economies of scale.

Recommendation # 9

That the development of standards, licensing and inspection of all four types of residential facility be lodged under one responsibility centre within the Department.

3.7 Recommendation # 10

The Care Requirement Grid and the Guide for Placement Options are tools to help assessors come to a final placement recommendation. They are not intended to replace professional judgment but can be of significant importance in narrowing down the choice. To ensure that they are indeed as useful as they are intended to be, it is necessary to determine their reliability and make modifications if necessary. Furthermore, it would prove useful in the future, as a potential means of predicting utilization to be able to establish if correlations exist between the Client Classification System and the Care Requirement Grid. The province of Alberta is currently working on this aspect but their results could not be applied directly to our province since our residential/institutional sector has different components.

Recommendation # 10

That an evaluation be conducted to:

1. determine the degree of reliability of the Guide for Placement Options and
2. establish correlations between the Client Classification System and the Residential Care Requirement Grid.

3.8 Recommendations # 11 and # 12

A number of people who would not meet the eligibility criteria are currently living in residential facilities because of a lack of options or a financial disincentive. It is expected that a similar proportion of the future clientele coming to the Long Term Care door will present the same profile. Pursuing options to address the needs of this clientele is a necessary step to ensure that only the clients who meet the eligibility criteria and have care/supervision needs are admitted to residential facilities. It is estimated that around 500 clients are currently in the residential sector so one has to question appropriateness of service, cost effectiveness as well as the impact on the projections for future needs in that area.

Another group of clients have a level of need that is greater than the services offered in any of the residential types. Some of the findings of a study done of those clients reveal that they are by no means a homogeneous group. Although they have long term needs, a high percentage require fairly frequent medical or specialized interventions and treatments or the use of sophisticated equipment and technology. Again, appropriateness of service and cost effectiveness have to be considered and for these reasons it is not recommended to provide services for this clientele in the residential sector.

Recommendation # 11

That appropriate agencies be approached to pursue the development of sufficient numbers of subsidized housing units.

Recommendation # 12

That extended care in a general or psychiatric hospital remain as an option when the needs of the client exceed the services offered in the residential sector.

RESIDENTIAL CARE REQUIREMENT GRID

Level of Supervision	Level of Care			
	High	Medium	Low	None
High	3.0	3.1	3.2	3.3
Medium	2.0	2.1	2.2	2.3
Low	1.0	1.1	1.2	1.3
None	0.0	0.1	0.2	0.3

NOTE

Intensity of shading reflects:

- level of needs
- level of service to be provided

GUIDE FOR PLACEMENT OPTIONS

APPENDIX B

CARE REQUIREMENT CATEGORIES FOR RESIDENTIAL/INSTITUTIONAL PLACEMENT

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
0.0	No need for supervision or care *WOULD NOT MEET CRITERIA	-low income -loneliness -no interest in housework, meal preparation, etc.	Special Care Homes	Subsidized housing Room and board
0.1	No need for supervision, low need for care Requires help with some of the following: shopping, banking, transportation, bathing, basic foot care, follow up re. nursing, rehab, mental health periodically. Total need for care is less than 3 times per day and there are no complex tasks to be performed. *WOULD NOT MEET CRITERIA	Person who has no transportation, cannot read, eyesight or coordination slightly diminished OR mild intellectual limitation.	Special Care Homes Nursing Homes below 30 beds	Subsidized housing Room and board

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
0.2	<p>No need for supervision, medium need for care</p> <p>Requires assistance with some of the following: bathing, grooming, dressing, meal preparation, housework, preparing medication, follow up.</p> <p>Total need for care is approximately 4 to 10 times per day or requires some knowledge or equipment to perform.</p> <p>* WOULD PROBABLY MEET CRITERIA</p>	<p>Senior OR adult with some degree of physical limitation BUT NO cognitive impairment such as accidental OR degenerative disorders of the neuro-muscular system.</p>	<p>Special Care Homes</p> <p>Nursing Homes below 30 beds</p>	<p>Adult Residence 1</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
0.3	<p>No need for supervision, high need for care</p> <p>Requires assistance with most activities</p> <p>Total need for care is upwards of 11 times per day OR if less often requires specific skill, knowledge or equipment.</p> <p>* WOULD MEET CRITERIA, MAY EXCEED EXISTING NURSING HOME CAPACITY</p>	<p>Quadraplegic with NO cognitive impairment</p> <p>Alert senior WITH severe physical limitation</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Extended Care Units in Hospitals</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>
1.0	<p>Low need for supervision, no need for care</p> <p>Requires supervision, on a weekly basis, to oversee that person is managing well.</p> <p>* WOULD PROBABLY NOT MEET THE CRITERIA</p>	<p>Senior in early stage of dementia</p> <p>Mild intellectual disability</p>	<p>Special Care Homes</p> <p>Community Residences</p> <p>Nursing Homes below 30 beds</p>	<p>Subsidized housing</p> <p>Room and board</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
1.1	<p>Low need for supervision, low need for care</p> <p>Requires supervision on a weekly basis to oversee that person is managing well or that health or mental health condition stable. Also requires assistance with some of the following: shopping, banking, housework, bathing, medication management BUT total care less than 3 times per day and requires minimal skill or knowledge.</p> <p>* COULD MEET CRITERIA</p>	<p>Senior in early stages of dementia WITH mild physical limitation</p> <p>Mild intellectual disability along WITH minor physical limitation</p>	Special Care Homes	Adult Residence 1

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
1.2	<p>Low need for supervision, medium need for care</p> <p>Requires supervision on a weekly basis to oversee general well being, health or mental health condition. Also needs care for some of the following: meal preparation, eating, dressing, grooming, bathing ambulation, professional care physical or mental health.</p>	<p>Minor head or spinal cord injury</p> <p>Early stage of dementia COMBINED to some physical limitations</p> <p>Mild intellectual impairment OR developmental delay COMBINED some physical limitations</p>	Special Care Homes	Adult Residence 1 or 2

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
1.3	<p>Low need for supervision, high need for care</p> <p>Requires supervision on a weekly basis to oversee health, mental health or general well being but need for care is upwards of 11 times per day OR if less frequent requires specific skills, knowledge, more than one care provider or specific equipment.</p>	<p>Early stages of dementia COMBINED WITH severe physical limitations</p> <p>Advanced stages of chronic debilitating disease</p> <p>Mild intellectual limitation COMBINED WITH severe physical limitation</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Extended Care Beds in Hospitals</p> <p>Community Residences</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>
2.0	<p>Medium need for supervision, no need for care</p> <p>Requires supervision on a daily basis to remind, direct activity or control behaviour; some knowledge is required to provide supervision</p> <p>*WOULD MEET THE CRITERIA</p>	<p>Middle stage dementia with NO physical limitation</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem causing difficulty with concentration, judgment, decision making, safety. OR ability to undertake self-care.</p>	<p>Special Care Homes</p> <p>Nursing Homes below 30 beds</p> <p>Supervised Apartments</p>	<p>Adult Residence 1 or 2</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
2.1	<p>Medium need for supervision, low need for care</p> <p>Requires supervision on a daily basis to remind, direct activities or control behaviour; some knowledge is required to provide supervision. Also needs assistance with some of the following: bathing, shopping, banking etc.</p> <p>*WOULD MEET THE CRITERIA</p>	<p>Middle stage dementia WITH minimal physical limitation</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem causing difficulty with concentration, decision making, judgment, behaviour OR ability to undertake self-care COMBINED WITH minimal physical limitation</p>	<p>Special Care Homes</p> <p>Nursing Homes below 30 beds</p>	<p>Adult Residence 1 or 2</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
2.2	<p>Medium need for supervision, medium need for care</p> <p>Requires supervision, on a daily basis, to remind, direct activity, control behaviour: some knowledge is required. Also needs assistance for some of the following: bathing, meal preparation, dressing, housework, etc. Need is between 4 to 10 times per day or if less frequent requires skill or equipment.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA</p>	<p>Middle stage dementia COMBINED WITH some physical limitation</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem causing difficulties with judgment, concentration, safety, awareness OR ability to undertake self-care COMBINED WITH some physical limitation.</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Community Residences</p> <p>Special Care Homes</p> <p>Extended Care Beds in Hospital</p>	<p>Adult Residence 2 or 3</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
2.3	<p>Medium need for supervision, high need for care</p> <p>Requires supervision on a daily basis to remind, direct activity, control behaviour: some knowledge is required to provide supervision. Also needs assistance with most activities such as bathing, dressing, eating, etc.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA, COULD EXCEED EXISTING NURSING HOME CAPACITY</p>	<p>Middle stage dementia WITH severe physical limitation OR disease process</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem causing difficulty with awareness, judgment, decision making, behaviour, safety, undertake ability to undertake self-care COMBINED WITH severe physical limitation OR physical disease process.</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Extended Care Beds in Hospital</p> <p>Community Residences</p> <p>Psychiatric Hospitals</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
3.0	<p>High need for supervision, no need for care</p> <p>Requires constant supervision to direct activities, control behaviour, ensure own safety or that of others.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA, COULD EXCEED EXISTING NURSING HOME CAPACITY</p>	<p>Some late stage dementia</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem associated with loss of judgment, awareness, orientation, control of behaviour, ability to undertake self-care</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Psychiatric Hospitals</p> <p>Community Residences</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
3.1	<p>High need for supervision, low need for care</p> <p>Requires constant supervision to direct activities, control behaviour, ensure own safety or that of others.</p> <p>Also needs assistance with some activities but less than 3 times per day.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA, COULD EXCEED EXISTING NURSING HOME CRITERIA</p>	<p>Some late stage dementia COMBINED WITH mild physical limitation</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem associated with loss of judgment, orientation, awareness, control of behaviour, ability to undertake self-care</p> <p>COMBINED WITH mild physical limitation.</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Community Residences</p> <p>Psychiatric Hospitals</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care-General Hospital</p> <p>Extended Care-Psychiatric Hospital</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
3.2	<p>High need for supervision, medium need for care</p> <p>Requires constant supervision to direct activities, control behaviour, ensure own safety or that of others.</p> <p>Also needs assistance 4 to 10 times per day or if less, requires specific skills or is human resource intensive.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA, COULD EXCEED EXISTING NURSING HOME CAPACITY</p>	<p>Some late stage dementias COMBINED WITH some physical limitation OR disease process.</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem associated with loss of orientation, awareness, judgment, control of behavior, ability to undertake self-care COMBINED WITH some physical limitation OR disease process.</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Psychiatric Hospitals</p> <p>Extended Care Beds in Hospital</p> <p>Community residences</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>

CODE	DESCRIPTION	EXAMPLES	CURRENT LOCATION	RESIDENTIAL/ INSTITUTIONAL OPTIONS
3.3	<p>High need for supervision, high need for care</p> <p>Requires constant supervision to direct activities, control behaviour, ensure own safety or that of others.</p> <p>Also needs assistance with activities upwards of 11 times per day or, if less, requires specific skills or is more human resource intensive.</p> <p>*WOULD MEET CRITERIA COULD EXCEED EXISTING NURSING HOME CAPACITY</p>	<p>Some late stage dementia COMBINED WITH severe physical limitation OR disease process</p> <p>Intellectual limitation OR mental health problem associated with loss of judgment, orientation, awareness, control of behaviour, ability to undertake self-care</p> <p>COMBINED WITH severe physical limitation OR disease process.</p>	<p>Nursing Homes</p> <p>Extended Care Beds in Hospital</p> <p>Psychiatric Hospitals</p>	<p>Adult Residence 3 or 4</p> <p>Extended Care - General Hospital</p> <p>Extended Care - Psychiatric Hospital</p>

August 1994

STRATÉGIE PORTANT SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

OPTIONS EN MATIÈRE DE SOINS RÉSIDENTIELS

RAPPORT FINAL

Octobre 1994

OPTIONS EN MATIÈRE DE SOINS RÉSIDENTIELS

COMPOSITION DU SOUS-COMITÉ

Le sous-comité sur les options en matière de soins résidentiels était composé de représentants des trois organismes partenaires. Outre les membres du sous-comité, d'autres intervenants ont joué un rôle déterminant lors de la réalisation du rapport, soit en fournissant de l'information, soit en agissant à titre de liaison avec d'autres groupes qui examinaient des questions connexes dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie portant sur les soins de longue durée.

Membres

Ginette Beaulieu	Services des foyers de soins
Donald Buck	Commission de la santé mentale
Joan Fenety	Famille et services sociaux communautaires
Adélaïde Laplante	Services hospitaliers
Sandra Tingley	Programme Extra-Mural du N.-B.
Lise Daigle	Famille et services sociaux communautaires, présidente

Autres intervenants

Bryan Doyle	Services financiers
Christopher Robinson	Division de la planification et de l'évaluation
Aline Saintonge	Division de la planification et de l'évaluation, présidente du sous-comité sur l'élaboration des prix plafonds relationnels.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 - LE MODÈLE

- 1.0 Objet
- 1.1 Description
- 1.2 Définition des notions clés
 - 1.2.1 Supervision
 - 1.2.2 Soins
 - 1.2.3 Complexité
 - 1.2.4 Fréquence
 - 1.2.5 Activités de la vie de tous les jours
 - 1.2.6 Activités instrumentales quotidiennes
 - 1.2.7 Services de soutien
- 1.3 Exemples
- 1.4 Utilisation et limites du modèle
- 1.5 Commentaires

CHAPITRE 2 - SITUATION ACTUELLE

- 2.0 Aperçu
- 2.1 Les établissements, les clients et les services
 - 2.1.1 Les foyers de soins spéciaux
 - 2.1.2 Les foyers de soins
 - 2.1.3 Les foyers de soins de moins de 30 lits (foyers de soins de faible taille)
 - 2.1.4 Les résidences communautaires
 - 2.1.5 Les appartements supervisés
 - 2.1.6 L'encadrement de type familial
- 2.2 Conclusion

CHAPITRE 3 - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- 3.0 Introduction
- 3.1 Recommandation n° 1

3.2 Recommandations n^{os} 2 et 3

3.3 Recommandation n° 4

3.4 Recommandations n^{os} 5, 6 et 7

3.5 Recommandation n° 8

3.6 Recommandation n° 9

3.7 Recommandation n° 10

3.8 Recommandations n^{os} 11 et 12

Annexe A

Annexe B

OPTIONS EN MATIÈRE DE SOINS RÉSIDENTIELS

INTRODUCTION

L'un des objectifs de la Stratégie portant sur les soins de longue durée était de définir les diverses options en matière de soins résidentiels. Cette tâche a été assignée à un groupe composé de représentants des trois organismes partenaires dans le domaine des soins de longue durée : le ministère de la Santé et des Services communautaires, l'Hôpital extra-mural et la Commission de la santé mentale. Le mandat de ce groupe, qui était de rationaliser les établissements résidentiels actuels en vue de garantir la disponibilité de la gamme des soins résidentiels nécessaires, comportait les éléments suivants :

- Déterminer les changements à apporter aux rôles et aux responsabilités actuels des établissements résidentiels de façon à appuyer le modèle de prestation des services;
- Décrire les fonctions de chacun des types d'établissement du système de soins proposé, en indiquant les liens appropriés entre ces établissements;
- Faciliter l'établissement de prix plafonds relationnels applicables aux soins résidentiels en tenant compte de l'établissement qui répond le mieux aux besoins prévus en matière de soins et de services;
- Élaborer des critères d'entrée et de sortie de façon proactive plutôt que réactionnelle;
- Faire des recommandations au sujet de la mise en place de nouveaux modes de vie communautaire et de modes de vie en établissement résidentiel plus économiques.
- Déterminer les modifications à apporter aux règlements et aux lois.

Un certain nombre d'activités étaient nécessaires en vue de réaliser ce mandat. D'abord, le groupe a jugé utile de recourir à une approche cohérente pour analyser la situation actuelle et proposer des recommandations pour l'avenir. Certains systèmes de classification utilisés par d'autres provinces canadiennes ont été étudiés mais il s'agit en grande partie de systèmes de mesure de la charge de travail en fonction des clients déjà en place dans les établissements résidentiels. Par conséquent, un modèle a été élaboré afin de classer les clients selon leur capacité fonctionnelle, d'associer les catégories ainsi définies aux divers types d'établissement et de comparer les types d'établissement. Le modèle a aussi servi à définir et à décrire les types d'établissement nécessaires pour satisfaire aux besoins en soins prolongés et à indiquer quel type d'établissement est le plus susceptible de répondre aux besoins d'un client d'une catégorie donnée. Le modèle est expliqué au chapitre 1. On y

discute aussi de son application et de ses limites. Les outils de mise en application du modèle sont présentés aux annexes A et B.

Une enquête a été menée au sujet de la situation actuelle : types d'établissement résidentiel, délivrance des permis, normes, critères d'entrée et de sortie, services offerts, nombre de clients et profil de la clientèle. Cet exercice s'est avéré utile pour définir les services en place et relever les doubles emplois, les lacunes et les problèmes. Ces résultats sont présentés au chapitre 2.

Des recommandations pour l'avenir sont énoncées au chapitre 3. Dans chaque cas, un bref texte indique les conclusions qui ont mené aux recommandations et, le cas échéant, les raisons du rejet des autres possibilités. On y traite aussi des principales conséquences de la mise en oeuvre des recommandations.

CHAPITRE 1 - LE MODÈLE

1.0 Objet

L'objet de ce modèle est de proposer un ensemble d'indicateurs visant à décrire les besoins des diverses clientèles par rapport à leurs capacités fonctionnelles plutôt que leur état débilitant. De plus, le modèle présente une description des services nécessaires pour répondre à ces besoins.

Il était tout indiqué de recourir à une approche cohérente pour analyser la situation actuelle et recommander les orientations futures à prendre, et ce, de façon à :

- établir les divers profils de la clientèle;
- pouvoir facilement déterminer la gamme complète des établissements résidentiels nécessaires;
- fonder la description fonctionnelle de chaque type d'établissement sur les mêmes indicateurs;
- éliminer les doubles emplois et les lacunes;
- permettre une comparaison valable entre les divers types d'établissement;
- permettre de déterminer rapidement et facilement les critères d'entrée et de sortie; et
- établir des prix plafonds relationnels.

1.1 Description

Le modèle se fonde sur l'évaluation des besoins en supervision et en soins. Deux indicateurs, la complexité et la fréquence, facilitent la définition des concepts de base et permettent la description des diverses clientèles en fonction de l'importance de leurs besoins. En déterminant les services requis à partir des besoins soulevés, il est possible de décrire différents types d'établissement d'après le niveau des services offerts. Afin de faciliter l'application du modèle, une grille des exigences en matière de soins a été établie ainsi qu'un guide permettant d'associer les besoins aux différentes options de placement en établissement résidentiel et institutionnel (se reporter aux annexes A et B).

Les axes vertical et horizontal de la grille présentent respectivement quatre échelons de supervision et de soins, d'où seize catégories représentant les exigences en matière de soins, allant d'un besoin inexistant à un besoin élevé sur chacun des axes.

Le guide comporte cinq colonnes où sont précisées la catégorie correspondant aux soins requis, la description des besoins en fonction de la complexité et de la fréquence des interventions, la situation actuelle des clients de chaque catégorie et les options qui répondraient probablement le mieux aux besoins de ceux-ci.

1.2 Définition des notions clés

1.2.1 Supervision

- Mesure de contrôle de la sécurité ou du bien-être d'une personne assurée par la présence ou la disponibilité d'une personne ou de matériel.
- Englobe des activités telles que le contrôle, l'éducation, le counseling et l'aide. Se rapporte aussi à l'utilisation de matériel comme un dispositif d'alerte médicale, un moniteur cardiaque, etc.

1.2.2 Soins

- Aide liée aux activités de la vie de tous les jours, aux activités instrumentales quotidiennes et aux activités de santé, ou à l'une ou l'autre.
- Englobe les activités visant à aider le client à accomplir une tâche ou à exécuter la tâche pour lui.

1.2.3 Complexité

- Degré et type de compétences, de connaissances, de ressources humaines et de matériel nécessaires à la prestation du service.
- Suppose que le besoin est **plus complexe** lorsqu'il nécessite l'intervention d'un professionnel ou de plusieurs personnes ou l'utilisation de matériel de haute technologie comparativement à un besoin nécessitant l'intervention d'un intervenant unique ou ayant peu de formation ou l'emploi d'un appareil couramment utilisé à la maison.

1.2.4 Fréquence

- Nombre d'interventions par jour ou par semaine nécessaires pour répondre aux besoins.

- Il s'agit de la somme de toutes les interventions nécessaires, sans distinction de la personne qui dispense les soins.
- Sur l'axe représentant le niveau de supervision, les quatre possibilités sont les suivantes :
 Nul - Aucune supervision,
 Peu élevé - Certaines tâches hebdomadaires,
 Modéré - Certaines tâches quotidiennes,
 Élevé - Supervision constante.
- Sur l'axe représentant le niveau des soins, les possibilités sont les suivantes :
 Nul - Aucun soin,
 Peu élevé - Trois interventions ou moins par jour,
 Modéré - De quatre à dix interventions par jour,
 Élevé - Onze interventions ou plus par jour.

1.2.5 Activités de la vie de tous les jours

Englobe les tâches liées aux soins personnels tels que prendre son bain, faire sa toilette, manger, aller à la salle de bain, etc.

1.2.6 Activités instrumentales quotidiennes

Englobe les tâches complémentaires au bien-être telles que préparer les repas, accomplir les travaux ménagers, aller à la banque, faire les courses, etc.

1.2.7 Services de soutien

La Division de la famille et des services sociaux communautaires et l'Hôpital extra-mural ne définissent pas les services de soutien de la même façon que la Commission de la santé mentale. Pour les premiers, il s'agit, entre autres, de l'aide relative aux soins personnels et de la préparation des repas. Dans le contexte de la Commission, il s'agit d'un service de garde qui offre un soutien affectif au client et à sa famille, qui n'est dispensé que s'il y a un besoin pour des services professionnels offerts par la Commission mentale.

1.3 Exemples

Un client qui nécessite une supervision quotidienne de la part d'un intervenant ayant un minimum de compétences ou de connaissances spécifiques, et ce, sans matériel, a un besoin peu élevé de supervision.

Un client qui nécessite une supervision hebdomadaire de la part d'un intervenant ayant des compétences ou des connaissances spécialisées a un besoin modéré de supervision.

Un client qui nécessite des soins de quatre à dix fois par jour de la part d'un intervenant n'ayant aucune compétence ou connaissance spécialisée a un besoin modéré de soins.

Un client qui nécessite des soins trois fois par jour de la part d'un intervenant ayant des compétences spécialisées a un besoin élevé de soins.

1.4 Utilisation et limites du modèle

Les besoins d'un client peuvent facilement être décrits en fonction de la supervision et des soins requis. Par conséquent, chaque client se retrouvera dans l'une des seize catégories de la grille. On peut ainsi immédiatement déterminer si les besoins sont peu élevés, modérés ou élevés. En outre, le guide permet de comparer le profil général du client à une description correspondant à la catégorie choisie et indique quels établissements résidentiels et institutionnels répondent aux besoins des clients de chacune des catégories. Ainsi, le modèle aidera les évaluateurs et évaluatrices ainsi que les gestionnaires de cas à choisir la meilleure possibilité pour un client donné.

Les clients d'une même catégorie ont des besoins semblables mais rarement identiques. Par exemple, un client peut, même s'il n'a aucun handicap physique, OU s'il a un comportement incontrôlable qui constitue un danger constant pour lui-même ou son entourage, nécessiter peu de soins et beaucoup de supervision (catégorie 3.1), s'il faut l'encadrer, lui rappeler la plupart de ses activités et le diriger. Dans le premier cas, le placement du client dans un foyer de soins serait tout indiqué, tandis que dans le second cas, la meilleure solution serait de lui offrir des soins de longue durée dans un établissement psychiatrique.

Bien que le modèle permette de déterminer les options possibles pour chacune des catégories, les besoins diffèrent d'un client à l'autre et, par conséquent, les services doivent être modelés en fonction de ces besoins. **Ainsi, le modèle ne peut remplacer le jugement professionnel au moment de choisir, parmi les diverses possibilités, laquelle répond le mieux aux besoins d'un client en particulier.**

1.5 Commentaires

Le modèle a été soumis aux commentaires d'un certain nombre de professionnels des différents niveaux des trois organismes partenaires. Le recours aux notions clés de « supervision » et de « soins » a reçu l'approbation générale et les outils ont été jugés utiles lors de la sélection de l'option appropriée en matière de placement. Cependant, il faudra tester davantage cet outil de façon à vérifier sa fiabilité à long terme.

CHAPITRE 2 - SITUATION ACTUELLE

2.0 Aperçu

Plus de 8000 adultes de plus de 19 ans sont répartis dans les 900 établissements résidentiels à l'échelle de la province. On estime que 65 p. 100 d'entre eux sont des citoyens aînés, c'est-à-dire qu'ils ont plus de 65 ans.

Chaque année, on compte environ 1200 admissions dans les établissements résidentiels. En outre, environ 150 clients des deux hôpitaux psychiatriques qui devraient se voir accorder un congé au cours de la prochaine année devront probablement être placés en établissement résidentiel.

On retrouve plus de 90 p. 100 de la clientèle dans deux principaux types d'établissement : les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins. Le reste de la clientèle est réparti dans quatre sous-types d'établissement : les résidences communautaires, les foyers de soins de moins de 30 lits (foyers de soins de faible taille), les appartements supervisés et les foyers de type familial. Les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins de moins de 30 lits relèvent du secteur privé tandis que, en général, des conseils sans but lucratif gèrent les foyers de soins et les établissements des autres sous-types.

Les types d'établissement actuels ont été établis en grande partie pour répondre aux besoins de groupes d'âge particuliers. On a tendance à associer les foyers de soins aux citoyens aînés tandis que les résidences communautaires accueillent les clients âgés de 19 à 64 ans.

Dans nombre de cas, les critères d'entrée et de sortie sont vagues ou inexistants. En raison de ce manque de précision, la sélection du type d'établissement se fait en fonction de divers facteurs plutôt que d'être fondée sur les exigences en matière de soins et de supervision.

Actuellement, les prix plafonds ne sont pas utilisés. Toutefois, un tarif quotidien a été établi par certains types d'établissement.

La délivrance des permis, l'inspection et l'établissement des normes relèvent de deux divisions du Ministère. En outre, deux lois s'appliquent dans le domaine, la *Loi sur les foyers de soins* et la *Loi sur les services à la famille*. Les foyers de soins et les foyers de soins de moins de 30 lits obtiennent leurs permis de la Direction des services des foyers de soins de la Division des services en établissements tandis que les autres établissements relèvent de la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

2.1 Les établissements, les clients et les services

2.1.1 Les foyers de soins spéciaux

Il y a environ 680 foyers de soins spéciaux privés, qui comptent de 1 à 50 lits. Le nombre total de places est d'environ 3700. La moitié des résidents sont âgés de 19 et 64 ans, les autres sont des citoyens aînés.

La division FSSC est chargée de la délivrance des permis annuels, qui est conditionnelle au respect des normes établies. En général, dans chaque région, la délivrance des permis et la surveillance des établissements sont assurées par la même personne.

Les normes indiquent le cadre physique de l'établissement et les exigences en matière de personnel mais ne précisent pas les besoins des clients à servir. Bien que l'on reconnaisse généralement que la clientèle nécessite une supervision continue et de l'aide pour les soins personnels, il n'existe aucun critère défini d'entrée et de sortie. Il est nécessaire de remplir un formulaire de demande et de procéder à une évaluation médicale avant l'admission. En fonction de ces renseignements, un travailleur social peut évaluer le cas. Le niveau des soins et des services offerts varie de peu élevé à élevé.

Le responsable du foyer peut être seul ou aidé d'employés et tous doivent avoir suivi au minimum un cours de secourisme.

Le tarif est établi par le responsable du foyer mais le Ministère reconnaît un tarif quotidien de 25 \$. Les personnes de plus de 65 ans paient elles-mêmes et certains établissements leur facturent plus de 25 \$ par jour. La grande majorité des adultes de 19 à 64 ans qui résident dans ces établissements reçoivent des subventions gouvernementales et n'ont pas accès aux établissements qui facturent un montant supérieur au tarif reconnu par le Ministère.

2.1.2 Foyers de soins

Il existe 60 foyers de soins, qui comptent de 30 à 200 lits. Le nombre total de places est d'environ 4150. Mis à part 330 adultes, la clientèle est composée exclusivement de citoyens aînés.

La Direction des services des foyers de soins est chargée de la délivrance des permis et de l'inspection annuelle effectuée sur place conformément aux règles établies. En outre, 80 p. 100 des établissements sont accrédités par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Les normes définissent clairement le cadre physique de l'établissement, l'effectif et les profils des clients à servir.

Une évaluation globale menée par une équipe multidisciplinaire et une évaluation médicale sont nécessaires avant l'admission. En outre, un panel multidisciplinaire doit procéder à l'étude du cas. Le profil de la clientèle indique une maladie physique ou mentale stable ou une réduction de la capacité fonctionnelle exigeant une supervision ou des soins professionnels répartis sur une période de 24 heures. Les soins infirmiers et la supervision représentent en moyenne 2,25 heures par période de 24 heures.

L'effectif se compose de personnel infirmier, de personnel infirmier auxiliaire et d'aides ou de préposés en gériatrie. Il comprend aussi des professionnels des domaines de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la réadaptation par les loisirs et de la diététique, qui travaillent à plein temps ou à temps partiel.

Le tarif quotidien moyen est d'environ 90 \$. Certains citoyens aînés paient eux-mêmes mais, dans la plupart des cas, des subventions sont accordées par la Direction des services des soins infirmiers, et ce, après une évaluation financière menée par Développement des ressources humaines N.-B.

2.1.3 Foyers de soins de moins de 30 lits (foyers de soins de faible taille)

On dénombre cinq établissements dans cette catégorie, qui comptent un total de 124 lits. Trois de ces établissements hébergent principalement des citoyens aînés tandis que les deux autres servent une clientèle composée en grande partie d'adultes ayant une maladie ou une incapacité mentale.

La délivrance des permis incombe à la Direction des services des foyers de soins, qui effectue aussi une inspection annuelle sur place conformément aux règles établies.

Les normes définissent clairement les processus, les services et les soins mais ne traitent pas du cadre physique de l'établissement, des besoins en personnel ou du profil des clients à servir. La clientèle nécessite habituellement une supervision continue et de l'aide en matière de soins personnels mais aucun critère d'entrée ou de sortie n'est défini. Il est nécessaire de remplir un formulaire de demande et de procéder à une évaluation médicale avant l'admission. Toute admission doit être signalée aux services des foyers de soins. Le niveau des soins et des services offerts varie de peu élevé à élevé.

Le personnel peut être composé du responsable du foyer ou d'employés, ou des deux, et aucune formation n'est exigée.

Le Ministère reconnaît trois tarifs quotidiens : 28,10 \$, 31,96 \$ et 51,23 \$. Certains clients paient eux-mêmes mais la plupart reçoivent des subventions de la Direction des services des foyers de soins.

2.1.4 Résidences communautaires

Il existe 81 établissements hébergeant de un à huit résidents, le nombre total de places étant de 305. Les plus petites résidences (de un à trois lits) sont en voie d'être éliminées. Les résidents de cette catégorie sont de jeunes adultes et des adultes d'âge moyen et la moyenne d'âge est de 37 ans.

Les résidences communautaires ont été conçues en fonction d'un hébergement à court terme (de deux à trois ans) dans le cadre de la déshospitalisation effectuée aux hôpitaux psychiatriques Centracare et Centre hospitalier Restigouche, où la plupart des clients ont été admis avant 1988.

La division FSSC est chargée de la délivrance des permis annuels, qui est conditionnelle au respect des normes établies. La procédure est semblable à celle utilisée dans le cas des foyers de soins spéciaux.

Les normes établissent clairement l'aménagement physique de l'établissement résidentiel et les besoins en personnel mais définissent moins bien le profil de la clientèle à servir. Les clients ont habituellement une maladie mentale ou un handicap mental ou physique exigeant un haut degré de supervision, ou ils ont des troubles du comportement ou peu de capacités. Aucun critère d'entrée ou de sortie n'est défini. Il est nécessaire de remplir un formulaire de demande et de procéder à une évaluation médicale avant l'admission. Il se peut qu'un travailleur social évalue le cas. En général, le niveau des soins et des services offerts varie de modéré à élevé mais, dans quelques cas, il est peu élevé.

Les normes n'exigent aucune autre formation officielle qu'une formation en secourisme, cependant, une grande partie des employés sont des conseillers ou conseillères en intégration communautaire.

Le tarif quotidien varie de 40 à 310 \$, la moyenne étant de 150 \$, et aucun tarif maximal n'est établi. Le paiement est assuré par des subventions de la Division de la famille et des services sociaux communautaires. Les résidences communautaires disposent d'un budget annuel plutôt que de se voir accorder un montant mensuel par client.

2.1.5 Appartements supervisés

Ce concept est appliqué de deux façons différentes selon que l'établissement relève de la division FSSC ou de la Commission de la santé mentale.

FSSC

On compte environ dix appartements supervisés où résident un total de vingt clients, tous de jeunes adultes ou des adultes d'âge moyen. La plupart ont un handicap mental.

Selon cette formule, on recrute un membre de la communauté qui vivra avec un ou deux clients en offrant le soutien d'un pair ou d'un parent. Le fonctionnement de tels appartements est souvent assuré par un conseil qui gère une résidence communautaire.

Le processus de délivrance des permis est le même que dans le cas des foyers de soins spéciaux.

La plupart des personnes visées sont d'anciens clients de résidences communautaires qui ont démontré la capacité de vivre sans une supervision constante de la part d'un professionnel. Aucun critère d'entrée ou de sortie n'est défini et l'admissibilité est établie par le conseil de gestion. Le niveau des services offerts varie de peu élevé à modéré.

Les tarifs varient et aucun maximum n'est établi. Le paiement est habituellement effectué par la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

Commission de la santé mentale

On les appelle aussi des appartements avec soutien.

On compte environ vingt de ces établissements résidentiels servant approximativement 80 clients.

Selon cette formule, de un à quatre clients partagent un appartement où une supervision et un soutien sont offerts au besoin.

Les résidents sont tous des clients de la Commission de la santé mentale âgés de 19 et 64 ans qui ont une maladie mentale et qui requièrent divers degrés de supervision et de soutien afin de pouvoir vivre au sein de la communauté. Le personnel des cliniques de santé mentale évalue les clients et détermine s'ils sont admissibles ou non au placement dans ces établissements résidentiels ou s'ils peuvent en recevoir leur congé, le cas échéant. Les critères de sortie sont établis en fonction de la capacité de vivre de façon indépendante sans supervision et soutien sur place ou d'un besoin de supervision et de soutien plus élevé que ce qui est offert dans ces établissements résidentiels.

Le niveau des services offerts varie de peu élevé à modéré.

Les tarifs varient et aucun maximum n'est établi. Le paiement est assuré par une ou plusieurs subventions provenant de diverses sources gouvernementales.

2.1.6 L'encadrement de type familial

Dans ce domaine, on utilise aussi les termes suivants : foyer de type familial, famille substitut, milieu familial de rechange et foyer d'accueil pour adultes. Selon cette formule, qui touche environ 50 clients âgés de 19 et 64 ans, un ou deux clients vivent avec une famille ou des personnes avec lesquelles ils n'ont aucun lien de parenté. Il existe certaines différences selon que l'établissement résidentiel relève de la Commission de la santé mentale ou de la division FSSC.

FSSC

Le conseil chargé du fonctionnement d'une résidence communautaire recrute des familles et des personnes et détermine quels clients de la résidence communautaire bénéficieraient d'un tel placement ainsi que le montant versé pour chacun. Le processus de délivrance des permis est le même que dans le cas des foyers de soins spéciaux. Aucun tarif maximum n'est établi. Le niveau des services offerts varie de peu élevé à modéré. Le paiement est habituellement effectué par le conseil de gestion, à même les fonds alloués par la division FSSC.

Commission de la santé mentale

Les cliniques de santé mentale recrutent des familles afin d'héberger des malades mentaux qui nécessitent un degré de supervision et de soutien modéré à l'intérieur d'un cadre familial. Les critères de sortie sont établis en fonction de la capacité de vivre de façon indépendante sans supervision et soutien sur place ou d'un besoin de supervision et de soutien plus élevé que ce qui est offert dans un cadre familial. Il n'existe aucun processus officiel de délivrance des permis.

Le niveau des services offerts varie de peu élevé à modéré.

Les tarifs, qui sont établis par la Commission de la santé mentale, varient d'un cas à l'autre et aucun maximum n'est établi. Le paiement est assuré par une ou plusieurs subventions.

2.2

Conclusions

Les différents profils de la clientèle ont été établis à partir de seize catégories de soins. On peut s'attendre à ce que les clients futurs aient sensiblement les mêmes profils que les clients d'aujourd'hui et qu'ils puissent être associés à l'une de ces catégories.

Les trois premières catégories indiquent un besoin en logement plutôt qu'un besoin de soins résidentiels. Cependant, environ 500 clients ayant de tels profils vivent actuellement dans des établissements résidentiels. Les principales raisons de cette situation sont le manque de logement à prix abordable, la solitude et la peur de vivre seul. À l'avenir, les critères d'admissibilité en matière de soins de longue durée excluront ces clients du secteur résidentiel.

En outre, bien que les soins prolongés dans un hôpital ne soient pas considérés comme un élément du secteur résidentiel, ils font partie de la gamme d'options de placement dans le cadre de la Stratégie portant sur les soins de longue durée. On retrouve, dans ces établissements, les clients associés aux catégories supérieures. Il est probable qu'une portion de la clientèle future aura des besoins qui ne pourront être satisfaits que par ce type d'établissement. Par conséquent, les soins prolongés dispensés dans un hôpital ont été comptés parmi les options de placement dans un établissement de type résidentiel ou institutionnel.

La façon dont les catégories de besoins ont été associées aux types d'établissement montre que certains établissements visent une clientèle dont le profil est sensiblement défini tandis que d'autres servent des clients dont les besoins varient considérablement. Par conséquent, un certain nombre de clients ne sont pas actuellement dans les établissements résidentiels qui répondent le mieux à leurs besoins.

Parmi les établissements résidentiels actuels, certains définissent mieux que d'autres leur mandat et la clientèle qu'ils visent. Au chapitre des services, il existe des doubles emplois, des lacunes et un manque d'harmonisation. La nomenclature reflète davantage les groupes d'âge que les services réellement offerts. Les différents tarifs et prix plafonds ne correspondent pas nécessairement aux niveaux des services offerts.

Le paiement provient de diverses sources. Vu que les revenus de la majorité des citoyens âgés sont au moins équivalents au montant de SV/SRG, ces derniers sont tenus de payer la totalité ou une partie des frais. Pour ce qui est des adultes âgés de 19 et 64 ans, le paiement est habituellement assuré par une ou plusieurs subventions accordées par Développement des ressources humaines N.-B., la Division de la famille et des services sociaux communautaires, la Direction des services des foyers de soins, la Commission de la santé mentale ou le ministère des Municipalités, de la Culture et de l'Habitation. En plus des soins et de la supervision qu'ils reçoivent, certains clients ont aussi des besoins spéciaux permanents. Ils nécessitent, par exemple, des

fournitures en cas d'incontinence ou de l'aide en matière de transport. Aucune politique ne traite de façon claire du soutien financier accordé à ce chapitre.

La délivrance des permis aux établissements résidentiels relève de deux divisions, ce qui ne favorise pas la constance, l'amélioration du niveau des compétences, l'efficacité et la rentabilité.

En outre, le secteur résidentiel dispose de moyens très limités en matière de placement de transition ou en situation de crise.

CHAPITRE 3 - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

3.0 Introduction

En examinant le modèle proposé, on peut être tenté de croire qu'un certain nombre de clients visés puissent recevoir les soins nécessaires à domicile. On peut aussi penser que le client ou la personne qui évalue son cas ont la liberté de décider si les services seront offerts à la maison ou dans un établissement de type résidentiel ou institutionnel. Ce n'est cependant pas le cas puisque deux éléments pertinents de la Stratégie portant sur les soins de longue durée précisent que :

- La prestation des services est fondée sur l'évaluation de l'intervention nécessaire.
- Dans le cadre de la prestation d'une « gamme continue de soins », le placement d'un client n'est considéré que si la prestation des services à domicile n'est pas possible.

Néanmoins, un client pour qui il n'est pas possible de demeurer à domicile n'a pas nécessairement un besoin élevé de soins. Certains ne disposent d'aucune aide informelle à la maison. Il existe donc un besoin pour une gamme de services autant pour les soins résidentiels que pour les soins à domicile.

3.1 Recommandation n° 1

Il est ressorti de l'étude que les besoins de la clientèle actuelle du secteur résidentiel varient de peu élevés à élevés et que la clientèle future aura des besoins similaires. On a aussi montré qu'il existe des doubles emplois et des lacunes dans les services actuellement offerts par le secteur résidentiel.

Ce volet de la Stratégie portant sur les soins de longue durée constitue une approche globale en matière de prestation de services aux clients de 19 ans et plus qui ont des besoins d'ordre fonctionnel à long terme, et ce, que leurs problèmes soient de nature physique ou mentale. Dans le cadre de la Stratégie, les mêmes outils d'évaluation sont utilisés pour tous les clients. Le processus d'évaluation, la prestation des services et les prix plafonds sont identiques, que le client ait 20 ou 80 ans. Ainsi, les critères d'admissibilité sont fondés sur la capacité fonctionnelle plutôt que sur l'âge, le diagnostic ou un état débilitant. La Stratégie prévoit une gamme de services à domicile et en établissement résidentiel.

Afin de répondre aux exigences de la Stratégie et d'offrir aux clients admissibles des services adéquats, équitables et rentables, et ce, tout en respectant les limites budgétaires, il est nécessaire de remanier le secteur résidentiel.

Recommandation n° 1

Mettre en place quatre niveaux ou types d'établissement résidentiel, complétés à une extrémité de l'échelle par des logements subventionnés et à l'autre extrémité, par des soins prolongés dans des hôpitaux généraux et psychiatriques.

3.2 Recommandations n°s 2 et 3

L'étude montre que les types d'établissement actuels ont été mis en place de façon graduelle. Ainsi, à mesure qu'émergeaient les tendances ou que se faisaient sentir les besoins d'un groupe en particulier, en fonction de l'âge ou du diagnostic, une nouvelle option était mise en oeuvre pour servir cette clientèle. Par exemple, on perçoit encore les foyers de soins comme des établissements hébergeant les citoyens aînés alors qu'on associe les résidences communautaires aux jeunes adultes. Pour cette raison, les groupes de revendication agissant au nom des adultes craignent de voir ces derniers être admis dans des foyers de soins. De plus, chaque association, intervenant professionnel, conseil de gestion et responsable d'un foyer définissent à leur façon la clientèle visée par un type d'établissement donné, les services qui devraient y être offerts et le tarif à facturer. Dans les circonstances, un remaniement peut s'avérer difficile à réaliser. L'expérience montre que des modifications apportées à la nomenclature peuvent faciliter le changement.

En outre, un certain nombre de types d'établissement fournissent peu d'indications sur la clientèle qu'ils visent ou la gamme des services qu'ils offrent. Par exemple, une partie de la clientèle des foyers de soins ont des besoins fonctionnels semblables à ceux de certains clients des résidences communautaires, tout en nécessitant le même niveau de services et, pourtant, le processus d'évaluation, les critères d'admissibilité et les tarifs peuvent différer de façon considérable. Nombre d'exemples illustrent le fait que les types d'établissement actuels ne favorisent pas une approche adéquate, constante, équitable et rentable en matière de services résidentiels.

Recommandation n° 2

Désigner de la façon suivante les quatre niveaux ou types d'établissement : établissement résidentiel pour adultes - type 1, établissement résidentiel pour adultes - type 2, établissement résidentiel pour adultes - type 3 et établissement résidentiel pour adultes - type 4, et ce, en fonction de la gamme des services offerts.

Recommandation n° 3

Définir la clientèle visée par chaque type d'établissement ainsi que le niveau et la gamme des services qui y sont offerts, et ce, conformément aux paramètres suivants :

Établissement résidentiel pour adultes - type 1

Clientèle

Tout client habituellement mobile pour qui la disponibilité de la supervision ou de l'aide, ou les deux, est nécessaire 24 heures sur 24, et ce, pour organiser ou terminer ses soins personnels et ses activités instrumentales quotidiennes. Il est possible qu'un certain niveau de supervision et de soins professionnels soient nécessaires mais ils peuvent être dispensés au moment de consultations au cabinet, à la clinique ou à domicile.

Services

Présence ou disponibilité d'un dispensateur de soins ou de services 24 heures sur 24. Supervision et aide relativement aux soins personnels et aux activités instrumentales quotidiennes. Organisation d'activités en fonction de l'âge ou accès à ces activités. Les interventions ne nécessitent pas de compétences spécialisées ou l'utilisation de matériel complexe.

Établissement résidentiel pour adultes - type 2

Clientèle

Tout client qui peut nécessiter une certaine aide ou supervision pour se déplacer. Il a besoin d'une attention plus individualisée relativement à l'exécution des soins personnels et des activités de la vie de tous les jours. Il participe mais il faut l'encourager, l'encadrer ou l'aider tout au long de l'activité. Il est possible que des soins professionnels soient nécessaires, mais ils peuvent être dispensés au moment de consultations au cabinet, à la clinique ou à domicile.

Services

Présence continue d'un dispensateur de soins ou de services. Supervision et aide relativement aux soins personnels et aux activités de la vie de tous les jours et exécution de ces tâches. Organisation d'activités en fonction de l'âge et des capacités et accès à ces activités. Les intervenants doivent avoir un certain degré de compétences et de connaissances dans les domaines des soins personnels, des modifications du comportement, des réactions à diverses situations et de la détérioration de l'état de santé (physique et mentale).

Établissement résidentiel pour adultes - type 3

Clientèle

Tout client dont l'état de santé physique ou mentale est stable ou qui a une incapacité fonctionnelle et qui nécessite de la supervision ou des soins de la part d'un professionnel, et ce, 24 heures sur 24. Le client peut participer à l'exécution des soins personnels et aux activités de la vie de tous les jours mais il faut l'encourager, l'encadrer ou l'aider tout au long de l'activité ou il faut effectuer l'activité pour lui. De la supervision et des soins professionnels supplémentaires, qui peuvent s'avérer nécessaires à l'occasion, sont dispensés sur place ou à l'hôpital.

Services

Présence continue d'un professionnel dispensant des soins et des services. Supervision et aide relativement aux soins personnels, aux activités de la vie de tous les jours et aux activités liées à la santé et exécution de ces tâches. Supervision ou soins professionnels en fonction de l'état de santé physique ou mentale. Organisation d'activités en fonction de l'âge et des capacités ou accès à ces activités. Les intervenants doivent avoir des connaissances et des compétences spécialisées et l'utilisation de matériel quelque peu perfectionné peut s'avérer nécessaire.

Établissement résidentiel pour adultes - type 4

Clientèle

Tout client dont l'état de santé physique ou mentale est stable mais qui, en raison de déficits cognitifs ou de troubles du comportement, nécessite de la supervision ou des soins professionnels de façon continue. Des connaissances spécialisées dans les domaines de la démence avancée, des maladies mentales ou des problèmes du comportement sont nécessaires, ainsi qu'un milieu permettant d'assurer la sécurité du client.

Services

Présence continue d'un professionnel dispensant des soins ou des services. Encouragement, encadrement et aide relativement aux soins personnels, aux activités de la vie de tous les jours et aux activités liées à la santé et exécution de ces tâches. Supervision ou soins professionnels liés à l'état de santé physique ou mentale. Organisation d'activités en fonction de l'âge, des capacités cognitives et des comportements. Les intervenants doivent avoir des connaissances et des compétences spécialisées et l'utilisation de matériel quelque peu perfectionné peut s'avérer nécessaire.

3.3 Recommandation n° 4

Tout au long de l'étude, les résultats ont indiqué que, dans un grand nombre de cas, il n'existe aucune exigence en matière de formation du personnel. On s'aperçoit pourtant que, dans les faits, un certain nombre d'établissements ont établi des normes minimales en matière d'engagement du personnel. Par exemple, la plupart des résidences communautaires engagent des conseillers et conseillères en intégration communautaire et un certain nombre de foyers de soins spéciaux exigent une formation dans le domaine des services ménagers. Cependant, vu l'absence d'exigences, le degré de compétence avec lequel les services sont dispensés varie d'un établissement à l'autre.

L'Association des foyers de soins spéciaux a demandé l'établissement de normes de formation minimales afin d'améliorer la qualité globale et la constance des services offerts. Cette association et d'autres organismes pourraient jouer un rôle dans l'élaboration de normes de formation. En outre, l'établissement de telles normes s'avérerait un reflet plus précis de la réalité qui, bien qu'elle ait changé de façon non planifiée, a tout de même évolué.

Recommandation n° 4

Élaborer des exigences en matière de scolarité et de formation pour les responsables et les dispensateurs de soins et de services de chaque type d'établissement, et ce, en fonction du niveau et de la gamme des services à offrir.

3.4 Recommandations n°s 5, 6 et 7

Par définition, les clients nécessitant des soins de longue durée ne sont pas à un stade aigu ou terminal d'une maladie. Néanmoins, il est possible qu'il y ait détérioration temporaire de leur état ou rechute ou même qu'ils se trouvent en situation de crise. À l'heure actuelle, le secteur résidentiel est très mal préparé pour faire face à des situations de crise de nature non médicale et de telles situations entraînent souvent une hospitalisation.

D'autre part, il est possible que l'état de santé d'un client se détériore ou s'améliore de façon plus permanente. Les ardents défenseurs du concept du maintien en place préconisent la mise en oeuvre d'un système au sein duquel le client n'aurait jamais à se déplacer et où les services seraient ajoutés ou supprimés au besoin. La Stratégie appuie cette formule, cependant, lorsqu'on essaie de l'appliquer à la lettre au secteur résidentiel, des difficultés surgissent. Examinons par exemple le cas d'un établissement résidentiel où les besoins des dix clients se répartissent de la façon suivante : trois clients nécessitent des services du niveau 1, trois, du niveau 2, trois, du niveau 3 et un, du niveau 4. Ainsi, quatre clients ont besoin d'une supervision continue, ce qui exige la présence de professionnels 24 heures sur 24, sept jours sur sept,, et ce, même si six des clients ne nécessitent pas ce niveau de soins. Ces

derniers disposent donc de plus de services que nécessaire. En outre, l'un des clients doit être placé dans un milieu hautement sécuritaire, ce qu'il serait difficile de réaliser dans un établissement où plusieurs résidents sont mobiles et ont besoin de se déplacer librement. Ainsi, les services seraient insuffisants pour répondre aux besoins du client en question. De plus, il serait compliqué d'établir un tarif quotidien individuel à moins de préciser à quels clients chacun des membres du personnel dispense des services. La rentabilité d'une telle approche est donc discutable.

Recommandation n° 5

Dans la mesure du possible, toute modification temporaire de l'état fonctionnel d'un client doit occasionner la prestation des services additionnels nécessaires.

Recommandation n° 6

Toute modification importante et permanente de l'état fonctionnel d'un client doit entraîner son déplacement vers un autre type d'établissement résidentiel.

Recommandation n° 7

Créer, dans les quatre types d'établissement, des places réservées aux clients de la communauté et du secteur résidentiel en situation de crise de nature non médicale.

3.5 Recommandation n° 8

Les divers tarifs actuellement en cours dans les établissements résidentiels ne traduisent pas nécessairement le niveau des services offerts. Par exemple, la plupart des foyers de soins spéciaux et des foyers de soins de moins de 30 lits offrent le même niveau de services, pourtant, ces derniers facturent trois tarifs différents, tous supérieurs aux tarifs exigés par les foyers de soins spéciaux. En outre, des clients qui ont des niveaux de besoins identiques se voient facturer des tarifs différents selon qu'ils résident dans un foyer de soins ou une résidence communautaire, un appartement supervisé ou un foyer de soins spéciaux, et ainsi de suite.

En vertu du concept fondé sur les niveaux de services, deux établissements d'un même niveau ne sont pas tenus d'offrir exactement les mêmes services. Cependant, les besoins des clients sont évalués au moyen de la même approche et ces derniers doivent tous se conformer à des critères d'admissibilité identiques, établis en fonction de la capacité fonctionnelle. Par conséquent, bien que les services puissent être différents, ils sont conçus de façon à répondre à un niveau de besoins spécifique.

Le modèle proposé n'empêche pas les établissements résidentiels de se spécialiser en fonction de l'âge, du diagnostic ou de la capacité fonctionnelle d'un groupe.

Cependant, les principes de la pertinence des services, de l'équité et de la rentabilité sont à la base de la Stratégie portant sur les soins de longue durée.

Recommandation n° 8

Établir des prix plafonds relationnels pour chacun des quatre types d'établissement résidentiel en fonction du niveau et de la gamme des services offerts.

3.6 Recommandation n° 9

Le modèle proposé ne nécessite pas des installations ou des immeubles additionnels; l'accent est mis sur la prestation de services adéquats et non sur le cadre physique correspondant à un niveau de services donné. Le modèle n'empêche pas un établissement de fournir plus d'un niveau de services pourvu que le nombre et la composition des clients et du personnel n'entraînent pas la prestation de services insuffisants ou excessifs ou une situation non rentable. Par exemple, un foyer de soins spéciaux peut devenir un établissement résidentiel de type 1, un autre, où le nombre le justifie, un établissement résidentiel de type 1 et 2. En outre, un foyer de soins pourrait être un établissement résidentiel de type 3 avec une aile de type 4 ou 2.

De plus, l'étude précise que lorsque des critères d'entrée existent, ils varient de façon considérable. La Stratégie permettra plus de constance à ce chapitre grâce à l'utilisation d'outils d'évaluation identiques et à l'établissement de critères d'admissibilité et de mesures de contrôle et de vérification telles que l'évaluation par un panel, et ce, afin de veiller à la pertinence, à l'équitabilité et à la rentabilité des services choisis parmi une gamme d'options.

À l'heure actuelle, la pertinence et la qualité du service offert par le secteur résidentiel sont assurées grâce à l'établissement de normes, à la délivrance de permis et aux inspections. Cependant, deux lois s'appliquent dans ce domaine, qui relèvent de la compétence de deux divisions du Ministère. Si l'on compte harmoniser le secteur, revoir les critères d'entrée et de sortie afin d'éliminer les doubles emplois et les lacunes et permettre aux établissements d'offrir plus d'un niveau de services, la situation actuelle pose problème. En outre, des compétences spécialisées sont nécessaires dans les domaines de la délivrance des permis, de l'inspection et de l'élaboration de normes. Finalement, il ne faut pas négliger les économies d'échelle réalisables.

Recommandation n° 9

L'établissement de normes, la délivrance des permis et l'inspection relativement aux quatre types d'établissement résidentiel devrait relever d'un centre de responsabilité au sein du Ministère.

La grille des exigences en matière de soins et le guide des possibilités d'hébergement sont des outils qui aideront les évaluateurs et évaluatrices à établir la recommandation finale en matière de placement. Ces outils ne sont pas là pour remplacer le jugement professionnel mais ils peuvent jouer un rôle important pour déterminer les options possibles. Afin de s'assurer qu'ils sont aussi utiles que prévu, il est nécessaire de déterminer leur fiabilité et de faire des modifications s'il y a lieu. De plus, il serait utile à l'avenir, comme moyen possible de prévoir l'utilisation de services, d'être capable d'établir si des corrélations existent entre le système de classification des clients et la grille des exigences en matière de soins. La province d'Alberta travaille présentement sur cet aspect mais leurs résultats ne pourront pas être appliqués directement à notre province puisque notre secteur résidentiel/institutionnel comporte des composantes différentes.

Recommandation n° 10

Procéder à une évaluation pour :

1. déterminer le degré de fiabilité du guide des possibilités d'hébergement et
2. établir les corrélations entre le système de classification des clients et la grille des exigences en matière de soins.

3.8 Recommandations n^{os} 11 et 12

Un certain nombre de personnes qui ne se conforment pas aux critères d'admissibilité vivent actuellement dans les établissements résidentiels en raison d'un manque d'options ou d'un facteur de dissuasion d'ordre financier. On s'attend à ce qu'une proportion identique de la clientèle future ait ce profil. Il est nécessaire de trouver des moyens de répondre aux besoins de cette clientèle afin de garantir que seulement ceux qui se conforment aux critères d'admissibilité et qui nécessitent de la supervision ou des soins soient admis dans les établissements résidentiels. À l'heure actuelle, on retrouve environ 500 de ces cas dans le secteur résidentiel. Il faut donc questionner la pertinence et la rentabilité des services et se pencher sur les conséquences de cette situation sur les projections des besoins futurs dans ce domaine.

En outre, un certain nombre de clients ont des besoins auxquels ne peuvent répondre les services offerts par l'un ou l'autre des types d'établissement résidentiel. Certaines conclusions d'une étude réalisée à leur sujet indiquent qu'ils ne forment pas un groupe homogène. Bien qu'ils aient des besoins à long terme, un grand nombre d'entre eux nécessitent des interventions médicales ou spécialisées ou des traitements ou ils doivent utiliser du matériel perfectionné, et ce, de façon relativement fréquente. Encore une fois, il faut considérer la pertinence et la rentabilité des services.

Recommandation n^o 11

S'adresser aux organismes concernés en vue de mettre sur pied un nombre suffisant de logements subventionnés.

Recommandation n^o 12

Maintenir la possibilité d'offrir des soins prolongés dans un hôpital général ou psychiatrique lorsque les services

GRILLE DES EXIGENCES EN MATIÈRE DE SOINS RÉSIDENTIELS

Niveau de supervision	Niveau de soins			
	Élevé	Modéré	Peu élevé	Nul
Élevé	3.0	3.1	3.2	3.3
Modéré	2.0	2.1	2.2	2.3
Peu élevé	1.0	1.1	1.2	1.3
Nul	0.0	0.1	0.2	0.3
	Nul	Peu élevé	Modéré	Élevé

NOTA

L'intensité des parties ombrées indique:

- l'importance des besoins
- le niveau des services à offrir

GUIDE DES POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT

ANNEXE B

CATÉGORIES DES SOINS REQUIS POUR L'HÉBERGEMENT (RÉSIDENCE OU ÉTABLISSEMENT)

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
0.0	Aucune supervision et aucun soin requis. * NE RÉPONDRAIT PAS AUX CRITÈRES.	Une personne : - à faible revenu - seule - ne démontrant aucun intérêt pour les travaux ménagers, la préparation des repas, etc.	Foyers de soins spéciaux.	Logement subventionné; Logement et repas.
0.1	Aucune supervision requise, besoin peu élevé de soins. Le client nécessite de l'aide dans certains des domaines suivants : faire ses courses, aller à la banque, son transport, prendre son bain, obtenir des soins de base des pieds, un suivi périodique en matière de soins infirmiers, de réadaptation, de santé mentale. Les soins requis représentent moins de trois interventions par jour et aucune tâche complexe n'est à exécuter. * NE RÉPONDRAIT PAS AUX CRITÈRES.	Une personne qui ne dispose d'aucun moyen de transport, qui ne peut lire, dont la vue ou la coordination est légèrement altérée OU avec un léger handicap mental.	Foyers de soins spéciaux; Foyers de soins de moins de 30 lits.	Logement subventionné; Logement et repas.

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
0.2	<p>Aucune supervision requise, besoin modéré de soins.</p> <p>Le client nécessite de l'aide dans certains domaines suivants : prendre son bain, faire sa toilette, s'habiller, préparer les repas, accomplir les travaux ménagers, préparer ses médicaments, obtenir un suivi.</p> <p>Les soins requis représentent de quatre à dix interventions par jour ou ils nécessitent un certain degré de connaissances ou l'utilisation d'un certain type de matériel.</p> <p>* RÉPONDRAIT PROBABLEMENT AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne âgée OU un adulte avec un certain handicap physique MAIS n'ayant aucune déficience cognitive telle qu'un désordre accidentel ou dégénératif du système neuro-musculaire.</p>	<p>Foyers de soins spéciaux;</p> <p>Foyers de soins de moins de 30 lits.</p>	<p>Résidence pour adultes 1.</p>
0.3	<p>Aucune supervision requise, besoin élevé de soins.</p> <p>Le client nécessite de l'aide pour la plupart des activités.</p> <p>Les soins requis représentent plus de onze interventions par jour OU, s'ils sont moins fréquents, ils nécessitent des compétences ou des connaissances spécifiques ou l'utilisation de matériel particulier.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne quadripplégique SANS déficience cognitive.</p> <p>Une personne âgée alerte AVEC un grave handicap physique.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Unités de soins prolongés dans les hôpitaux.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
1.0	<p>Besoin peu élevé de supervision, aucun soin requis.</p> <p>Une supervision hebdomadaire est nécessaire afin de s'assurer que le client maîtrise la situation.</p> <p>* NE RÉPONDRAIT PROBABLEMENT PAS AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne âgée à un stade initial de la démence;</p> <p>Une personne ayant un léger handicap mental.</p>	<p>Foyers de soins spéciaux;</p> <p>Résidences communautaires;</p> <p>Foyers de soins de moins de 30 lits.</p>	<p>Logement subventionné;</p> <p>Logement et repas.</p>
1.1	<p>Besoin peu élevé de supervision et de soins.</p> <p>Une supervision hebdomadaire est nécessaire afin de s'assurer que le client maîtrise la situation ou que son état de santé physique ou mentale est stable.</p> <p>Le client nécessite aussi de l'aide pour certaines des activités suivantes : faire ses courses, aller à la banque, accomplir les travaux ménagers, prendre son bain, prendre ses médicaments. CEPENDANT, les soins requis représentent moins de trois interventions par jour et ils nécessitent des compétences ou des connaissances minimales.</p> <p>* POURRAIT RÉPONDRE AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne âgée à un stade initial de la démence AVEC un léger handicap physique;</p> <p>Une personne ayant À LA FOIS un léger handicap mental et physique.</p>	<p>Foyers de soins spéciaux.</p>	<p>Résidence pour adultes 1.</p>

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
1.2	<p>Besoin peu élevé de supervision, besoin modéré de soins.</p> <p>Une supervision hebdomadaire est nécessaire afin de suivre de près le bien-être général ou la santé physique ou mentale du client. Ce dernier nécessite aussi des soins pour certaines des activités suivantes : préparer les repas, manger, s'habiller, faire sa toilette, prendre son bain, marcher, ainsi que des soins professionnels liés à sa santé physique ou mentale.</p>	<p>Une personne :</p> <p>Ayant un traumatisme crânien ou rachidien mineur;</p> <p>À un stade initial de la démence AVEC certains handicaps physiques;</p> <p>Présentant un léger affaiblissement intellectuel OU un retard de développement ASSOCIÉS à certains handicaps physiques.</p>	Foyers de soins spéciaux.	Résidence pour adultes 1 ou 2.
1.3	<p>Besoin peu élevé de supervision, besoin élevé de soins.</p> <p>Une supervision hebdomadaire est nécessaire afin de suivre de près la santé physique ou mentale ou le bien-être général du client. Cependant, les soins requis représentent plus de onze interventions par jour OU, s'ils sont moins fréquents, ils nécessitent des compétences et des connaissances spécifiques, plus d'un intervenant ou l'utilisation de matériel particulier.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade initial de la démence AVEC de graves handicaps physiques;</p> <p>À un stade avancé d'une maladie dégénérative chronique;</p> <p>Avec un léger handicap mental ASSOCIÉ à un grave handicap physique.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Soins prolongés dans un hôpital;</p> <p>Résidences communautaires.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>
2.0	<p>Besoin modéré de supervision, aucun soin requis.</p> <p>Une supervision quotidienne est nécessaire pour rappeler ou diriger les activités ou contrôler le comportement. Un certain degré de connaissances est nécessaire pour superviser le client.</p> <p>• RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade intermédiaire de la démence SANS handicap physique;</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale qui gêne la concentration, le jugement, la prise de décisions, la sécurité ou l'autonomie.</p>	<p>Foyers de soins spéciaux;</p> <p>Foyers de soins de moins de 30 lits;</p> <p>Appartements à supervision continue.</p>	Résidence pour adultes 1 ou 2.

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
2.1	<p>Besoin modéré de supervision, besoin peu élevé de soins.</p> <p>Une supervision quotidienne est nécessaire pour rappeler ou diriger les activités ou contrôler le comportement. Un certain degré de connaissances est nécessaire pour superviser le client. Ce dernier nécessite aussi de l'aide pour certaines des activités suivantes : prendre son bain, faire ses courses, aller à la banque, etc.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade intermédiaire de la démence AVEC un handicap physique minimal;</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale qui gêne la concentration, la prise de décisions, le jugement, le comportement ou l'autonomie, ASSOCIÉS à un handicap physique minimal.</p>	<p>Foyers de soins spéciaux;</p> <p>Foyers de soins de moins de 30 lits.</p>	<p>Résidence pour adultes 1 ou 2.</p>
2.2	<p>Besoin modéré de supervision et de soins.</p> <p>Une supervision quotidienne est nécessaire pour rappeler ou diriger les activités ou contrôler le comportement. Un certain degré de connaissances est nécessaire. Le client nécessite aussi de l'aide pour certaines des activités suivantes : prendre son bain, préparer ses repas, s'habiller, accomplir les travaux ménagers, etc. Les interventions sont au nombre de quatre à dix par jour ou, si elles sont moins fréquentes, elles nécessitent des compétences ou du matériel spécifiques.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade intermédiaire de la démence AVEC un certain handicap physique.</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale qui gêne le jugement, la concentration, la sécurité, la lucidité ou l'autonomie, ASSOCIÉS à un certain handicap physique.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Résidences communautaires;</p> <p>Foyers de soins spéciaux;</p> <p>Soins prolongés dans un hôpital.</p>	<p>Résidence pour adultes 2 ou 3.</p>

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
2.3	<p>Besoin modéré de supervision, besoin élevé de soins.</p> <p>Une supervision quotidienne est nécessaire pour rappeler ou diriger les activités ou contrôler le comportement. Un certain degré de connaissances est nécessaire pour superviser le client. Ce dernier nécessite aussi de l'aide pour la plupart des activités telles que prendre son bain, s'habiller, manger, etc.</p> <p>• RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade intermédiaire de la démence AVEC un grave handicap physique OU une maladie en évolution.</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale qui gêne la lucidité, le jugement, la prise de décisions, la sécurité, le comportement ou l'autonomie, ASSOCIÉS à un grave handicap physique OU à une maladie en évolution.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Soins prolongés dans un hôpital;</p> <p>Résidences communautaires;</p> <p>Hôpitaux psychiatriques.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>
3.0	<p>Besoin élevé de supervision, aucun soin requis.</p> <p>Une supervision constante est nécessaire afin de diriger les activités, de contrôler le comportement, d'assurer la sécurité du client ou de son entourage.</p> <p>• RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade avancé de la démence;</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale lié à une perte de jugement, de lucidité, d'orientation, de contrôle du comportement ou d'autonomie.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Hôpitaux psychiatriques;</p> <p>Résidences communautaires.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
3.1	<p>Besoin élevé de supervision, besoin peu élevé de soins.</p> <p>Une supervision constante est nécessaire afin de diriger les activités, de contrôler le comportement, d'assurer la sécurité du client ou de son entourage. Le client a aussi besoin d'aide pour accomplir certaines activités mais les interventions sont inférieures à trois par jour.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade avancé de la démence AVEC un léger handicap physique;</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale lié à une perte de jugement, d'orientation, de lucidité, de contrôle du comportement ou d'autonomie ASSOCIÉS à un léger handicap physique.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Résidences communautaires;</p> <p>Hôpitaux psychiatriques.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>
3.2	<p>Besoin élevé de supervision, besoin modéré de soins.</p> <p>Une supervision constante est nécessaire afin de diriger les activités, de contrôler le comportement, d'assurer la sécurité du client ou de son entourage. Le client a aussi besoin d'aide de quatre à dix fois par jour ou, si les interventions sont moins fréquentes, elles nécessitent des compétences spécifiques ou plusieurs intervenants.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade avancé de la démence AVEC un certain handicap physique OU une maladie en évolution.</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale lié à une perte d'orientation, de lucidité, de jugement, de contrôle du comportement ou d'autonomie ASSOCIÉS à un certain handicap physique OU à une maladie en évolution.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Hôpitaux psychiatriques;</p> <p>Soins prolongés dans un hôpital;</p> <p>Résidences communautaires.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>

CODE	DESCRIPTION	EXEMPLES	SITUATION ACTUELLE	POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT
3.3	<p>Besoin élevé de supervision et de soins.</p> <p>Une supervision constante est nécessaire afin de diriger les activités, de contrôler le comportement, d'assurer la sécurité du client ou de son entourage. Le client a aussi besoin d'aide pour accomplir certaines activités et ce, plus de onze fois par jour ou, si les interventions sont moins fréquentes, elles nécessitent des compétences spécifiques ou plusieurs intervenants.</p> <p>* RÉPONDRAIT AUX CRITÈRES. POURRAIT DÉPASSER LA CAPACITÉ ACTUELLE DES FOYERS DE SOINS.</p>	<p>Une personne :</p> <p>À un stade avancé de la démence AVEC un grave handicap physique OU une maladie en évolution.</p> <p>Avec un handicap mental OU un problème de santé mentale lié à une perte de jugement, d'orientation, de lucidité, de contrôle du comportement ou d'autonomie ASSOCIÉS à un grave handicap physique OU à une maladie en évolution.</p>	<p>Foyers de soins;</p> <p>Soins prolongés dans un hôpital;</p> <p>Hôpitaux psychiatriques.</p>	<p>Résidence pour adultes 3 ou 4;</p> <p>Soins prolongés - hôpital général;</p> <p>Soins prolongés - hôpital psychiatrique.</p>